

# O Jornal Dentistry

*Para profissionais de medicina dentária*



## **Clínica**

**Enxerto de tecido conjuntivo tunelizado: a propósito de dois casos clínicos**

20

## **Tips & Tricks**

**Da inovação à legalização das radiações ionizantes**

18



LIGHT INSTRUMENTS  
RISE ABOVE TECHNOLOGY

+ LEVE  
+ POTENTE  
+ PEQUENO

# LITETOUCH™

LASER Er:YAG NA PALMA DA SUA MÃO



APLICADOR  
120° ROTAÇÃO



PEÇA DE MÃO  
ADAPTAÇÃO 360°



APLICADOR  
CABO FLEXÍVEL

Resultados Incríveis  
**Laser Er:YAG**  
Compacto e Versátil

TECNOLOGIA ISREALITA

\*ASSISTÊNCIA EM PORTUGAL



Light Instruments Ltd. Tel: +351 935 016 906 E-mail: GERAL@LITETOUCH.PT Web: WWW.LITETOUCH.PT

© 2020 LIGHT INSTRUMENTS LDA. DIREITOS RESERVADOS. O LOGOTIPO LITETOUCH É UMA MARCA REGISTRADA.





**Célia Coutinho Alves, DDS, PhD,**  
médica dentista doutorada em  
periodontologia

## “OBSERVE YOUR COMPETITION, OBSESS IN YOUR CREATION”

Quando o fim do ano se aproxima, nasce dentro de nós, pelo menos, dentro de mim um sentimento de avaliação. De balanço. De autoanálise. Sei bem que nós, portugueses, não estamos habituados a analisar as coisas. Planeamos a curto prazo, montamos os processos com uma “organização de bombeiro”, (imediata face ao fogo a apagar), e raramente controlamos o resultado. Sem balanço, sem análise dos resultados, dificilmente avançaremos corrigindo o que correu menos bem e potenciando o que está a ser produtivo. No último mês do ano, podemos olhar para trás com este espírito de análise. Confesso que este 2021, pareceu mais uma vez uma montanha-russa, entre vagas da pandemia e a sensação que tenho é que nos mantivemos à tona, mas continuamos à deriva. Entre doses e mais doses da vacina, confinamentos e isolamentos, fica um cansaço físico e psicológico crescente que muitas vezes nos tolhe a intuição.

Ao fazer o balanço de mais um ano difícil, utilizo a tática de análise de mercado: “observe your competition, obsess in your creation”. Observar como os outros colegas têm atravessado estes tempos difíceis e aprender. Concentrar as nossas energias sistemática e obsessivamente em fazer melhor. Não melhor que os outros. Mas melhor que nós. E responder à pergunta: O que posso melhorar em 2022?

Resiliência e paciência. Duas palavras em que os profissionais de saúde, médicos dentistas incluídos, se profissionalizaram nestes dois últimos anos, mas confesso que a dificuldade em planear como antes, sem imposições constantes e alterações de regras, me tem deixado num on-off de motivação. Para já contamos com o presente, no mês dos presentes. E até esse, muda da manhã para a tarde.

Mudamos de estratégia, mudamos de regras, mudamos de ministros, mudamos de governo... mas o compromisso não pode mudar. Nem o compromisso connosco, com os nossos, nem com os outros. O compromisso connosco deve continuar a sedear-se na vontade de aprender mais para fazer melhor. O compromisso com os nossos, aqueles que dependem de nós, ou que ensinamos, que lideramos, esse compromisso de continuar, não deixar cair, com exemplo e dedicação. E o compromisso com os outros, com aqueles a quem servimos, sempre norteado por valores humanos e profissionais.

No balanço deste 2021 aprendi que a natureza tem um ciclo, um padrão, uma autorregulação. E que o Homem só vai revelando esse padrão à medida que o desvenda. Que no início, são só achados novos. E que para

se revelar como padrão temos de nos distanciar, ver de cima, encontrar as formas que se repetem e antecipar o que virá a seguir. Que a verdade das coisas está nas coisas quando as vemos todas, inteiras, de cima, não aos bocados, por partes. Fui aprendendo que a verdade das coisas pode ser uma mentira repetida inúmeras vezes. Por outras palavras, que até uma mentira quando repetida inúmeras vezes se pode transformar numa verdade.

Hoje, apetece-me reescrever esta frase: uma mentira repetida várias vezes transforma-se em... política. Numa altura em que a pandemia acelera, 80% das pessoas internadas em cuidados intensivos não estão vacinadas. Por isso vacinam-se as crianças dos cinco aos 11 anos para as proteger. Não às crianças, mas aos adultos que não quiseram ser vacinados. Vacinam-se as crianças com uma vacina que não garante imunidade nem previne a infeção para proteger os adultos não vacinados de contrair a doença grave. Porque as crianças já não contraem, vacinadas ou não. E é isto, em prol do bem comum e da justificação política para poder alterar as regras dos isolamentos profiláticos, para poder deixar as crianças ir à escola. Aquilo que lhes assiste por direito, e as obriga, o estado de direito democrático e livre, avançado intelectualmente que nos rege politicamente.

Sei o quanto importante é a escola no desenvolvimento de uma criança, pela aprendizagem, mas sobretudo pela aprendizagem da socialização. Pois aprender tudo sem pôr o conhecimento ao serviço dos outros é estéril em si mesmo. E se o conhecimento é importante para o desenvolvimento delas, a sabedoria que as guia na vida só nasce quando o conhecimento lhes chega ao coração. E o coração precisa dos outros para viver. Pelo menos nisso, não deixei de acreditar. Não deixei de sonhar. Porque sonhar é acreditar! Feliz Natal!

Beijinhos e boas festas! ■

*Célia Coutinho Alves, Médica Dentista  
Especialista em Periodontologia pela OMD  
Doutorada em Periodontologia pela  
Universidade Santiago de Compostela*

nº 90 Dezembro 2021

## SUMÁRIO

### EDITORIAL

“Observe your competition, obsess in your creation” .....03

### CONVIDADO DO MÊS

Prática Clínica  
Luís Filipe Correia .....04

### CRÓNICA

Estomatologia, medicina dentária e bíblia: que relação? .....06

### NOTÍCIAS

.....08

### ENTREVISTA/FORMAÇÃO

Formação de Introdução à Ortodontia .....10

### ASSIM VAI A...

Radiologia na medicina dentária .....12

### TIPS & TRICKS

Da inovação à legalização das radiações ionizantes .....18

### CLÍNICA

Enxerto de tecido conjuntivo tunelizado: a propósito de dois casos clínicos  
Prof. Doutora Célia Coutinho Alves, Dra. Viviana Carvalho .....20

### EVENTOS

Jornadas BTI Day'21 regressam em formato presencial .....24

### MARKETING NA CLÍNICA

Fluxo Phygital .....26

## CONVIDADO DO MÊS

## DIREÇÃO CLÍNICA



**Luís Filipe Correia, Presidente do Conselho Deontológico e de Disciplina, Ordem dos Médicos Dentistas.**

O Estado tem tido a preocupação de controlar e fiscalizar as instalações, a organização e o funcionamento das unidades privadas de saúde, com o objetivo de garantir que a prestação de cuidados de saúde pelo setor privado se realize com o respeito pelos parâmetros mínimos de qualidade, quer no plano das condições físicas, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

Nesse sentido, encontra-se em vigor um regime legal que regula a abertura, as alterações e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, obrigando-os a um processo de licenciamento junto da Entidade Reguladora da Saúde que, por sua vez, ficou com o poder regulatório e fiscalizador dessas mesmas entidades.

Foram definidos os requisitos mínimos para o exercício da atividade das clínicas ou consultórios dentários, definindo, ainda, a necessidade de criação de um regulamento interno e da figura de diretor clínico, que assume a responsabilidade técnica da unidade de saúde em relação às questões relacionadas com a estrutura, organização e conservação do arquivo clínico.

Neste quadro legal e regulamentar vigente, no âmbito da medicina dentária, impõe-se às clínicas e consultórios de medicina dentária, a existência de uma direção clínica, que deverá obrigatoriamente ser exercida por médico dentista ou por médico estomatologista.

A figura do diretor clínico foi finalmente consagrada com a aprovação, em 2019, do novo Código Deontológico da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Assim, e de acordo com o

artigo 28º do Código Deontológico, todos os prestadores de cuidados de saúde de medicina dentária têm por obrigação designar um diretor clínico, com responsabilidade técnica e deontológica, indicando-o à OMD. Também no artigo 29º foram definidos as funções e responsabilidades do diretor clínico.

Quais são então as funções e responsabilidades de um diretor clínico?

- Ser o responsável técnico e deontológico pelo espaço;
- Definir as técnicas e os equipamentos que garantam a qualidade dos tratamentos prestados;
- Ter um papel ativo na seleção da equipa de saúde oral e da qualificação profissional dos seus elementos;
- Coordenar a atividade de assistência prestada aos pacientes e garantir que são cumpridos os princípios técnicos, éticos e deontológicos que regem a medicina dentária;
- Controlar a legalidade do exercício profissional dos seus colaboradores;
- Responsabilizar-se pela informação dos doentes dos novos contactos profissionais do médico dentista cessante, decorrente da sua saída da clínica;
- Organizar, preservar, atualizar e proteger o arquivo clínico, no respeito pelo regime legal de proteção de dados pessoais. O diretor clínico é o seu fiel depositário;
- Assegurar que a informação constante do processo clínico seja protegida nos casos de encerramento de uma clínica, salvaguardando assim os interesses do doente;
- Fornecer toda a informação clínica, meios auxiliares de diagnóstico, fotografias e modelos que digam respeito ao doente perante a solicitação deste ou do seu representante legal;
- Conhecer a divulgação e publicidade relacionada com a clínica e assegurar que a mesma cumpre as regras de divulgação da atividade profissional do médico dentista, mesmo que a unidade de saúde seja detida por pessoas externas à profissão;
- O nome do diretor clínico deve ser colocado em local bem visível do público;
- O período de início e/ou de termo das suas funções deve ser concretamente delimitado e sempre comunicado à ARS, ERS e Ordem dos Médicos Dentistas;
- A atividade de uma clínica/ consultório implica sempre a presença física do diretor clínico e, em caso de ausência, deverá existir um diretor clínico adjunto que assumirá automaticamente as funções em sua substituição.

Temos que reconhecer que o cargo de diretor clínico é um cargo de prestígio, mas este deve ter a plena consciência de que necessita estar preparado para o seu exercício e para assumir as responsabilidades e consequências, na medida em que é responsável ética e deontologicamente por todo o funcionamento e organização da clínica.

Infelizmente, o prestígio e responsabilidade deste cargo não são evidentes em muitas clínicas, pois na verdade constata-se que, em muitos casos, são nomeados jovens médicos dentistas, inexperientes, que encontram muitas dificuldades em exercer as suas funções, uma vez que o ponto de vista do médico dentista enquanto diretor clínico nem sempre coincide com a perspetiva dos detentores/proprietários. Porém, nenhum médico dentista pode desresponsabilizar-se das funções assumidas, nem desconhecer as normas vigentes que regulam o cargo.

É, portanto, altura de todos os médicos dentistas tomarem consciência de que nenhum estabelecimento ou clínica dentária pode funcionar ou ser licenciado pela ERS sem um diretor clínico e que devem lutar para que este papel seja devidamente reconhecido por parte de quem é detentor da clínica, na defesa dos interesses da classe, dos doentes e da saúde oral. Também é importante que haja a consciência geral dos colegas que, perante violações do Estatuto e do Código Deontológico, o Conselho Deontológico e de Disciplina tem atuado, aplicando sanções disciplinares que são registadas no processo individual de cada médico dentista, afetando inevitavelmente a sua idoneidade profissional.

Transpondo este dever para outras áreas da saúde, verificamos que este papel desempenhado pelo diretor clínico de uma clínica dentária tem a sua equiparação, nas devidas proporções, ao diretor clínico médico de uma instituição médica privada (onde se verifica a prestação de serviços médicos interdisciplinares) ou ao diretor técnico de farmácia.

Ao contrário do que sucede com os médicos e os médicos dentistas, foi criado um regime jurídico específico para as farmácias de oficina, enquadrando as funções e responsabilidades do respetivo diretor técnico de farmácia.

O Decreto-Lei nº307/2007 de 31.08, relativo ao regime jurídico das farmácias de oficina, estabeleceu o livre acesso à propriedade da farmácia, mas tomou em atenção não só as particularidades do setor, como a defesa salutar da concorrência entre farmácias, possibilitando que estas possam ser detidas por sociedades comerciais. Mas veio também ressaltar a necessidade de regular a direção técnica da farmácia e a importância vital do papel que o diretor técnico tem que desempenhar.

Esta lei estabelece que os diretores técnicos de farmácia tenham que assegurar, garantir e promover a melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes, em permanência e exclusividade, no perfeito respeito das regras deontológicas, assegurando ainda o respeito pela autonomia do papel do diretor técnico

Desta forma, permitiu-se a dissociação entre a propriedade da farmácia e a titularidade do diretor técnico farmacêutico, impondo deveres precisos a este último, mas defendendo-o de eventuais interesses oponíveis entre ele e o proprietário da farmácia.

Esta norma é muito interessante e deve ser vista pela nossa classe como um exemplo, no sentido de influenciar o poder político para que este adote medidas similares na medicina e na medicina dentária.

Um outro caminho seria o de considerar a obrigação das sociedades comerciais, que tenham como objeto comercial principal a saúde, se inscreverem nas Ordens Profissionais correspondentes. Foi verificado com agrado que o projeto de lei que altera a Lei nº 2/2013,

que estabeleceu o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações profissionais, aprovado recentemente em Assembleia da República, abre a porta a essa possibilidade.

Considero ainda que é imprescindível para desempenhar as funções de diretor clínico a necessidade do médico dentista ter um tempo mínimo de experiência profissional, pois o tempo é um fator determinante para a aquisição de conhecimentos e de amadurecimento da personalidade individual, interferindo diretamente na forma como enfrenta o problema, como nas ações que inevitavelmente terá que tomar. A gestão das situações de conflito que interagem com as suas funções obriga a uma análise profunda e objetiva dos pormenores que estão em causa. Só com ponderação é que podem tomar uma decisão consenciente e de acordo com os princípios éticos e deontológicos, e concomitantemente serem reconhecidos pelos seus pares, evitando mal-estares, incompreensões e denúncias ao Conselho Deontológico e de Disciplina, que possam levar à instauração de uma ação disciplinar e até culminar na aplicação de uma pena disciplinar.

Há, pois, que ter em mente que se pode e deve trabalhar em ideias e documentos que possam vir a ser promulgados pela Assembleia da República.

Por fim, não posso deixar de reforçar a ideia que o Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD não deixará de continuar a trabalhar no sentido de encontrar medidas para a adequação e enquadramento jurídico mais eficazes e de acordo com a expectativa da classe, como continuará a atuar disciplinarmente, e segundo as regras vigentes, sobre os médicos dentistas diretores clínicos que não cumpram ou não façam cumprir as normas éticas e deontológicas. ■

*Luís Filipe Correia*  
*Presidente do Conselho Deontológico e de Disciplina*  
*Ordem dos Médicos Dentistas*



**O JORNAL DENTISTRY DESEJA A  
TODOS OS SEUS LEITORES  
BOAS FESTAS**

## PIMENTA NA LÍNGUA



Dr. João Pimenta, Académico Honorário da Academia Brasileira de Odontologia.



Frei Herculano Alves.

## ESTOMOTOLOGIA, MEDICINA DENTÁRIA E BÍBLIA: QUE RELAÇÃO?

*Frei Herculano Alves, nós, médicos dentistas, passamos o tempo a mexer na boca dos doentes. É claro que a boca tem vários órgãos: os dentes, a língua. Que tem a ver a boca com a Bíblia?*

**H. Alves:** É claro que não vamos aqui tratar a boca com todos os seus órgãos – pois até já tratámos dos dentes. Mas vamos tratá-la apenas no seu todo, como se de um único órgão se tratasse. Nesta nossa conversa, vamos ver que, na Bíblia, a boca é um dos órgãos essenciais dos seres humanos. Queremos dizer com isso que a boca é o órgão fundamental da comunicação entre nós. Ora, se o ser humano é, por natureza, relacional, que está em ligação permanente com os outros, que aconteceria que alguém nascesse sem boca? Nessa hipótese, como poderia comunicar com os outros? Daqui se conclui que a fala é – com a mastigação – a função fundamental da boca.

*Mas o que diz a Bíblia sobre a boca, em concreto?*

**H. Alves:** Em concreto, a Bíblia apresenta-nos as duas funções essenciais, que conhecemos: a boca é o órgão da mastigação e da fala. Sem boca, não poderíamos alimentar-nos normalmente, nem poderíamos falar. Mas a Bíblia é um grande conjunto de livros que não pretende ensinar ciências naturais ou médicas, mas pretende, antes de mais, falar às pessoas, numa dimensão que poderíamos chamar catequética, de tipologia espiritual. Isto significa que, em qualquer assunto humano, mesmo do dia a dia, a Bíblia pretende alertar para a dimensão espiritual da pessoa, na sua relação com Deus – dimensão vertical de qualquer ser humano; e na sua dimensão horizontal – em relação com os outros.

De facto, todo o ser humano (normal) tem, no mais íntimo do seu ser, estas duas “janelas” abertas: uma para o Alto, para o Infinito e outra para o lado, para o seu próximo. Mas o drama humano reside aqui: tem a liberdade de fechar estas janelas, isolando-se num egocentrismo mortífero dos grandes valores humanos e cristãos. Este é também o drama da sociedade atual onde contam apenas os valores materialistas.

*E a boca em qual destas “janelas” se encontra?*

**H. Alves:** A boca tem a ver com estas duas janelas, como veremos sucessivamente. Primeiramente, será útil saber os termos hebraicos e gregos da Bíblia, que traduzem aquilo que, em português, chamamos “boca”. Os termos principais são; em hebraico, *peh* e, em grego, *stoma* – *tos*. Daí vem o nosso termo “estomatologia”. Estes termos hebraicos e gregos da Bíblia dão conta de 357 presenças da “boca”, tanto no Antigo como no Novo Testamento. Portanto, não se trata de um órgão de somenos importância. Mas, no contexto bíblico, esta importância não tem muito a ver com os estomatologistas, mas com os moralistas e os catequistas. Quero dizer com isto que a boca aparece a maior parte das vezes em sentido metafórico e com uma finalidade claramente espiritual. Lendo as frases em que aparece a “boca”, numa qualquer concordância bíblica, notamos logo que a boca não aparece tanto em sentido material – na função do comer – mas como expressão da fala e esta última como expressão do que vai no coração da pessoa; e o que vai no coração é interior a cada pessoa. Alguns simples exemplos:

***O homem bom tira coisas boas do bom tesouro que está em seu coração, e o homem mau tira coisas más do mal que está em seu coração, porque a sua boca fala do que está cheio o coração. (Lc 6,45)***

Jesus também não foi nada benevolente com os fariseus, quando lhes disse:

*Raça de víboras! Como podeis falar de coisas boas, se sois maus? Porque a boca fala da abundância do coração. (Mateus 12,34)*

Frequentemente, em vez de boca, diz-se simplesmente os lábios, que, de facto, são um órgão importante da fala:

*O Senhor disse: Este povo aproxima-se de mim só com palavras e honra-me só com os lábios, pois o seu coração está longe de mim e o culto que me presta é apenas preceito humano e rotineiro. (Isaías, 29,13).*

*Feliz o homem que não transgrediu por palavras da sua boca, e que não foi atormentado pelo remorso dos pecados (Ben Sira. 14,1).*

*É um homem depravado e um iníquo aquele que caminha com a perversidade na boca. (Provérbios 6,2)*



### Então, na Bíblia, a boca é importante apenas pela fala?

**H. Alves:** Exatamente, esta é a função mais importante e muitas vezes, dizer “boca” é dizer as palavras que saem dela. Por exemplo, a expressão “abrir a boca” significa falar (Ezequiel 16,63); “ser boca de alguém” significa falar no seu lugar (Jeremias 15,19); “vigiar a boca” é guardar a vida de alguém (Provérbios, 13,3); o homem prudente “vigia a sua boca” (Miqueias 7,5); “vigiar sobre a própria boca” é não pecar contra ninguém; “pôr a mão na boca” é calar-se: *refrearei a minha boca enquanto o ímpio estiver diante de mim.* (Salmo 39,2)

Mas a palavra “boca” usa-se também como “boca do cheol”, a porta dos infernos (Salmo 141,7); a “boca da espada” é o seu fio (come o que corta; Salmo 149,6); e também se diz que a terra *abre a sua boca* para receber o sangue de Abel derramado por seu irmão Caim e reclamar justiça ao Céu por este crime hediondo (Génesis 4,11).

Mais ainda, a boca, ou melhor, a fala, é de tal modo importante que se tornou o critério preferencial para distinguir o Deus verdadeiro dos falsos deuses, que eram puras estátuas: *deuses de prata, de ouro, de bronze, de ferro, de madeira e de pedra, que são cegos, surdos e nada conhecem* (Daniel 5,23); e sobretudo não falam:

*Os ídolos dos pagãos são ouro e prata,  
obra das mãos dos homens:*

**têm boca, mas não falam;**

*têm olhos, mas não veem;*

*têm ouvidos, mas não ouvem,*

*e nariz, mas não cheiram;*

*têm mãos, mas não apalpam,*

*e pés, mas não andam,*

*nem da sua garganta emitem qualquer som.* (Salmos 115,4-7)

Assim, o Deus verdadeiro que nos falou pelos seus enviados e mediadores é o Deus verdadeiro, porque os crentes ouvem a sua voz, que se encontra na Bíblia, o grande código espiritual de judeus e cristãos, que é também o grande código da cultura ocidental. Por isso, S. Jerónimo dizia que “desconhecer a Bíblia é desconhecer a Cristo”. E eu acrescentaria ainda: Desconhecer a Bíblia é desconhecer a cultura ocidental, a nossa cultura, que tem na Bíblia as suas raízes mais profundas.

### Então Deus também fala? Como é que Ele fala, se não tem boca?

**H. Alves:** A Bíblia afirma continuamente que nosso Deus é, essencialmente, um Deus falante, primeiramente, porque não é uma estátua muda, morta, como víamos acima. É, portanto, um Deus vivo e, se é vivo, comunica, fala. Mas como está infinitamente acima de nós, simples humanos, Ele tem outros modos de falar, de comunicar connosco: comunica, não com o nosso ouvido, mas com um falar muito mais eficaz e profundo: fala-nos cá dentro, no mais íntimo de nós mesmos, no coração de cada pessoa. Por isso, o grande sábio Santo Agostinho dizia isto mesmo, respondendo a esse Deus que lhe falava, com esta frase lapidar:

*“Tu és interior íntimo meo”, isto é, “Tu és mais íntimo ao meu íntimo que o meu próprio íntimo”.*

É claro que a nossa sociedade atual, em geral, não está muito interessada em escutar a palavra, a voz do Deus vivo, eterno. Por isso, de várias maneiras e com todos os meios, tapa os ouvidos do coração ao Deus falante, apresentado pela Bíblia, para ouvir outras vozes, as vozes de outros “deuses” e “deusas”, que andam por aí nas televisões e noutros palcos da sociedade atual. Tal como as estátuas dos pagãos antigos, estas “estátuas” do moderno paganismo também não dizem grande coisa à nossa sociedade ou dizem mesmo o que não

deviam dizer. E – pior que as estátuas de deuses pagãos – são tão volúveis que desaparecem de um momento para o outro, ao ritmo das modas, políticas, futebolísticas e muitas outras. Pelo contrário, o nosso Deus é eterno; falou e fala a todas as gerações de todas as culturas, desde o início do mundo. A sua palavra é eterna como Ele, e de tal maneira eficaz que, pela sua boca, tudo foi criado:

*A palavra do Senhor criou os céus,  
e o sopro da sua boca, todos os astros.* (Salmo 33,6)

### Então a função de comer não é importante?

**H. Alves:** É claro que é importante, mas esse assunto não é considerado, em si mesmo, pelos autores da Bíblia pois é algo conhecido e sabido. Esses autores escutaram a palavra de Deus, que os inspirou para recordarem o que mais facilmente esquecemos: a dimensão espiritual da pessoa, em todas as suas valências e possibilidades, incluindo o sentido da boca. Repare que, mesmo na função do comer, a Bíblia aproveita para dar lições de caráter social, de bom comportamento, como acontece nos livros sapienciais. Um exemplo, entre muitos:

**Que um outro te louve, mas não a tua boca!** (Provérbios 27,2).

Esta outra sentença é ainda mais bela e sábia:

*Na boca dos insensatos está o seu coração,  
mas o coração dos sábios é a sua boca.* (Ben Sira 21,26)

*Faz também uma balança e um peso para as tuas palavras,  
e para a tua boca, uma porta e um ferrolho.* (Ben Sira 28,25)

### Então a boca só serve para dizer palavras boas ou más ao nosso próximo?

**H. Alves:** É claro que não. Assim, por exemplo, os profetas são inspirados pelo espírito de Deus e a sua boca abre-se para proclamar ao povo a palavra de Deus (Isaías 6,7). Como dizíamos acima, a boca é também o órgão que responde ao Deus vivo, falante, com a oração de súplica, mas sobretudo com o louvor a Deus. O livro bíblico dos Salmos é disso o melhor exemplo:

*Em todo o tempo bendirei o Senhor; o seu louvor estará sempre na minha boca  
Enaltecei comigo o Senhor; exaltemos juntos o seu nome.* (Salmo 34,3-4)

Portanto, da boca saem também coisas boas, ou melhor, palavras boas; mas como dizíamos, a boca diz apenas o que está dentro do coração dos homens e das mulheres de hoje e de sempre. Portanto, a boca é também a janela por onde verificamos o que vai no coração do outro e vigiamos o que vai no nosso. Daqui poderíamos extrair uma conclusão importante que a “boca” nos ensina: O melhor “tratamento” que podemos fazer à boca é vivermos mais preocupados com o que vai no nosso interior, no coração, no sentido em que vimos falando. O médico dentista não resolve estes problemas, nem é da sua competência.

### Então, o Frei Herculano está a desviar as pessoas de irem ao médico dentista?

**H. Alves:** Não. Estou apenas a falar de outro “órgão” mais importante, que toca a cada um cuidar. Esse órgão, como víamos acima, está de tal maneira unido à boca, que não podemos falar desta, sem ter em conta esse outro órgão, o “coração”, isto é, o mais íntimo de cada pessoa. Ora, o médico dentista apenas trata a boca física dos clientes, mas não atinge o outro órgão. Não consegue chegar lá dentro!

**Obrigado. Foi uma conversa, no mínimo, interessante. Afinal, “a boca” levou-nos longe! ■**

## NOTÍCIAS

## Fernando Guerra eleito Presidente da BBB Academy



Fernando Guerra, professor de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), foi eleito Presidente da Bone, Biomaterials & Beyond Academy (BBB Academy), para o próximo mandato, que terá início em 2025. A BBB Academy é uma academia internacional de âmbito científico, sem fins lucrativos, que tem como objetivo a «disseminação do conhecimento acerca de biomateriais de substituição óssea de origem animal (porcina e equina) que preservam a sua matriz

de colagénio nas suas aplicações clínicas, quer em medicina dentária quer em cirurgia maxilo-facial». Apostando na cooperação internacional entre instituições públicas e privadas, as atividades deste organismo incluem a concretização de projetos de investigação e a realização de cursos de formação contínua, simpósios e congressos.

Estimula igualmente a publicação científica, a atribuição de bolsas de estudos e de prémios de mérito assim como outras iniciativas que contribuam para o progresso científico. Esta eleição, que decorreu em Sevilha, Espanha, durante a última Assembleia Geral da BBB Academy, «significa o reconhecimento do trabalho científico desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra», declara Fernando Guerra, que elege como prioridades do seu mandato, com a duração de quatro anos, «o incremento da formação dos profissionais e a expansão do conhecimento nos processos biológicos de reconstrução óssea».

## Curso Emergências num Consultório de Medicina Dentária

O Curso Emergências num Consultório de Medicina Dentária é um curso Hands-on creditado pela U.Porto (1 ECTS). O evento será realizado no Centro de Simulação Biomédica – FMUP a 12 de abril de 2022, entre as 09h00 e as 19h30. O valor de Inscrição são 150 euros por participante mais seguro escolar, onde estão incluídos formação, material pedagógico, almoço e *coffee-breaks*. A candidaturas estão abertas desde 1 a 31 de dezembro de 2021.

Mais questões e informações adicionais em: [simulacao@med.up.pt](mailto:simulacao@med.up.pt)



## Mundo A Sorrir lança campanha de Natal de apadrinhamento de crianças nos PALOP



Este Natal a Mundo A Sorrir está a lançar o repto à sociedade civil para vestir a sua capa de super-herói e transformar-se no/a Padrinho/Madrinha dos Sorrisos de cerca de 30 crianças que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconómica em Cabo-Verde, na Guiné-Bissau e em São Tomé e Príncipe. O Padrinho e/ou Madrinha dos Sorrisos irá oferecer uma Smile Box a uma turma de crianças, que inclui produtos essenciais

para efetuarem a sua higiene diária em casa, nomeadamente escovas de dentes, pastas de dentes, fio dentário e sabão. A campanha de Natal pretende chegar a cerca de 100 Padrinhos/Madrinhas que irão dar a oportunidade a 3 000 crianças terem acesso a cuidados básicos de saúde oral e de viverem uma infância digna e feliz e, futuramente, tornarem-se adultos saudáveis. O/a Padrinho/Madrinha receberá uma fotografia das crianças que vão receber a Smile Box, bem como atualizações regulares sobre a entrega do presente solidário. De forma coordenada e dependendo das necessidades do terreno, a partir de janeiro de 2022, a caixa de sorrisos vai atravessar um oceano, caminhos e ruas até chegar a Cabo-Verde, à Guiné-Bissau e a São Tomé e Príncipe. As pessoas podem escolher o país de destino da sua Smile Box e, ainda, existe a possibilidade de oferecerem este presente solidário em nome de um colega, amigo e/ou familiar através da personalização de um postal digital. A campanha solidária decorrerá até ao dia 31 de dezembro de 2021 e conta com o apoio da Colgate Palmolive e da marca Babu. Em 16 anos de trabalho, a Mundo A Sorrir beneficiou nos PALOP mais de 146 mil pessoas que vivem numa situação mais fragilizada a nível socioeconómico, doou 99 142 escovas e pastas de dentes, realizou 68 964 rastreios médico dentários e 28 744 tratamentos, 2 934 ações de sensibilização e contou com o apoio de 270 voluntários **Saiba mais sobre a campanha solidária em:**

<https://smilebox.mundoasorrir.org/aejemQ8/natal>



**Diretora:**  
Prof. Doutora Célia Coutinho Alves  
**Publisher:**  
Herminia M. A. Guimarães • [herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt](mailto:herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt)  
**Consultor técnico:**  
Dr. Fernando Arrobas • [fernando.arrobas@jornaldentistry.pt](mailto:fernando.arrobas@jornaldentistry.pt)  
**Diretor fundador:**  
Dr. José Carlos Fernandes  
**Jornalistas:**  
Maria Beatriz Fernandes • [maria.fernandes@medianext.pt](mailto:maria.fernandes@medianext.pt)  
**Colaboradores da edição:**  
Prof. Doutora Célia Coutinho Alves, Dra. Viviana Carvalho  
**Publicidade:**  
Herminia M. A. Guimarães • [herminia.guimaraes@medianext.pt](mailto:herminia.guimaraes@medianext.pt)  
**Arte, Paginação e Pré-impressão:**  
Teresa Rodrigues  
**Web:**  
João Bernardes • [webmaster@medianext.pt](mailto:webmaster@medianext.pt)

**Conselho Científico:**  
Dr. André Mariz de Almeida, Prof. Dr. António Vasconcelos Tavares, Dr. António Patrício, Dra. Carina Ramos, Prof. Dra. Célia Coutinho Alves, Dr. Carlos Mota, Dr. Dárcio Fonseca, Dr. Eduardo Carreiro da Costa, Dra. Eunice Virgínia P. Carrilho, Dr. Fernando Duarte, Dr. Francisco Delille, Dr. João Pimenta, Dr. João Caramês, Dr. José M. Corte Real, Dr. Luís Bouceiro, Dr. Luís Marques, Dr. Luís Passos Ângelo, Dr. Manuel Marques Ferreira, Dr. Manuel Neves, Dr. Miguel Moura Gonçalves, Dr. Miguel Nóbrega,

Dr. Raúl Vaz de Carvalho, Dr. Miguel Stanley, Dr. Paulo Miller, Dra. Raquel Zita Gomes e Dr. Nuno Pereira

Esta edição d'O *JornalDentistry* foi escrita ao abrigo do novo acordo ortográfico

**Editado por:**  
Media Next Professional Information Lda.  
**Gerente:** Pedro Botelho  
**Redação, Comercial, Serviços Administrativos e Edição:**  
Largo da Lagoa, 7-C - 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal  
**Tel:** (+351) 214 147 300  
**Fax:** (+351) 214 147 301  
**E-mail:** [geral@medianext.pt](mailto:geral@medianext.pt)

**Propriedades e direitos:**  
A propriedade do título *O JornalDentistry* é de Media Next Professional Information Lda., NIPC 510 551 866. Todos os direitos reservados. A reprodução do conteúdo (total ou parcial) sem permissão escrita do editor é proibida. O editor fará todos os esforços para que o material mantenha fidelidade ao original, não podendo ser responsabilizado por gralhas ou erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados são da inteira responsabilidade dos seus autores, podendo não corresponder necessariamente às opiniões do editor.

**Detentores de 5% ou mais do Capital Social:**

Pedro Lemos e Margarida Bento

**Impressão e acabamento:**

Grafisol - Edições e Papelarias, Lda. - Rua das Maçarocas, Business Center, Abrunheira, 2710-056 Sintra

**Embalamento:** Porenvel - Alfragide, Portugal

**Distribuído por:** CTT Correios de Portugal S.A.

**Depósito Legal nº:** 368072/13

**Registo na ERC com o nº** 126 958, de 01/03/2017

**Estatuto editorial:** Disponível em [www.jornaldentistry.pt](http://www.jornaldentistry.pt)

**Serviço de assinantes:** E-mail: [assinantes@medianext.pt](mailto:assinantes@medianext.pt)

Se é médico dentista ou está ligado ao setor da medicina dentária poderá solicitar a sua assinatura gratuita, escrevendo para Serviço de Assinantes, enviando comprovativo de atividade para Largo da Lagoa, 7-C, 2795-116 Linda-a-Velha, Portugal

**Preço de assinatura** (11 números) Portugal 75€ Estrangeiro 95€

**Tiragem:** 5.100 exemplares AUDITADO - Periodicidade mensal (12 edições)

Membro da APCT - Associação Portuguesa de controlo de Tiragem e Circulação

**Tiragem auditada por:**





# CIÊNCIA, SAÚDE, PESSOAS

Somos uma empresa que se diferencia pela sua filosofia baseada no método científico, na qual, as pessoas são o início e o fim do nosso fascinante projeto.

**SOMOS bti**  
somos inovação



[bti-biotechnologyinstitute.pt](http://bti-biotechnologyinstitute.pt)



*Dr. Eduardo Anitua,  
coordenador científico da BTI,  
considerado o investigador  
espanhol mais influente no  
setor da Medicina Dentária,  
de acordo com o ranking da  
Universidade de Stanford*



*BTI, a empresa com maior  
produção científica em  
Espanha pelo 6º ano  
consecutivo, segundo o  
relatório ASEBIO - Associação  
Espanhola de Bioempresas  
(2015-2021)*



*Prémio Nacional de  
Inovação 2021, atribuído  
pelo Ministério da  
Ciência e Inovação  
espanhol, ao coordenador  
científico da BTI*

## ENTREVISTA / FORMAÇÃO

## FORMAÇÃO DE INTRODUÇÃO À ORTODONTIA

Os Drs. José Eduardo Cardoso, Alexandra Fernandes e Carlos Eduardo Araújo elaboraram uma formação de Introdução à Ortodontia que tem a sua primeira edição agendada para abril de 2022, na cidade do Porto. A tríade diagnóstico – plano de tratamento – biomecânica é um dos pontos fortes desta formação.

*O que distingue a vossa formação de outras existentes no mercado?*

A formação de Introdução à Ortodontia é uma formação modular que se distingue por um foco particularmente intenso nas três fases fulcrais de um tratamento: **diagnóstico** e a construção do **plano de tratamento** como diferenciadores para a etapa da **biomecânica**. Esta formação pretende focar-se bastante nesta tríade **diagnóstico – plano de tratamento – biomecânica**.

Esta formação não está focada em uma ou outra técnica específica, mas aborda a maioria das que se foram cientificamente comprovando como válidas na ortodontia das quais se distingue a nível do diagnóstico as bases filosóficas de Tweed, Rickets, Macnamara e Carlos Silva e a nível de biomecânica a técnica de arco reto, MBT, Damon, Tweed/Merri-field até aos mais recentes alinhadores.

*Quais os fatores de sucesso e principais vantagens para os participantes?*

Os principais fatores de sucesso passam pela diversidade programática abordada ao longo dos quase dois anos de formação sempre com foco na tríade **diagnóstico – plano de tratamento – biomecânica**.

Os diferentes backgrounds curriculares dos três formadores, que tendo diferentes bases de formação encontram semelhanças no rigor que será exigido aos formandos que é sumativo do rigor necessário para a abordagem dos nossos pacientes ortodónticos.

Será uma formação intensa e exigente na qual os formandos terão ao seu dispor condições excecionais para a parte teórica do curso (primeiros quatro módulos) aos quais se acrescentam tipodontos para simulação da componente biomecânica.

Teremos também um dia para integração dos novos meios digitais como os scanners, CBCT e tecnologia auxiliar de cefalometria e de previsão de tratamento.

*Quais os principais objetivos da formação e a quem se dirige?*

A formação dirige-se a médicos dentistas e estudantes de medicina dentária do último ano que pretendam iniciar-se no caminho da ortodontia e aprender de maneira sólida os princípios e técnicas atuais.



Dr. Carlos Eduardo Araújo, Dra. Alexandra Fernandes e Dr. José Eduardo Cardoso.

Pretende-se capacitar os formandos em ortodontia dando as bases imprescindíveis para a elaboração de um plano de tratamento e sua posterior execução, sempre com foco na tríade **diagnóstico – plano de tratamento – biomecânica**.

A formação está dividida em oito módulos que se desenvolvem gradualmente semelhantes a um tratamento ortodóntico, permitindo que o formando acompanhe nos seus tratamentos do dia-a-dia os conteúdos aprendidos na formação, com a potencialidade de trazer os seus casos clínicos documentados para a formação onde terá ajuda na resolução dos mesmos.

*Qual a duração da formação e os principais conteúdos teóricos e práticos?*

É uma formação com oito módulos de três dias (por cada módulo), tendo um tempo total de aproximadamente de dois anos de formação.

**Os principais conteúdos teóricos:**

- Metodologia de diagnóstico e recolha de elementos para elaboração do plano de tratamento;
- Bases cefalométrica segundo Rickets, Macnamara, Carlos Silva e Tweed;
- Princípios oclusais e principais análises de modelos;
- Relações entre ortodontia, periodontologia e prostodontia.

**Os principais conteúdos práticos:**

- Ortodontia interceptiva;
- Técnica de Arco reto;
- Biomecânica de Damon, Tweed, segmentada;
- Dobras de arcos em 1ª, 2ª e 3as ordens;
- Princípios Biomecânicos dos alinhadores;
- Mini implantes e sua multifuncionalidade. ■

**Datas:**

**Módulo 1:** 21 a 23 Abril 2022

**Módulo 2:** 07 a 09 Julho 2022

**Módulo 3:** 08 a 10 Setembro 2022

**Módulo 4:** 04 a 06 Novembro 2022

**Módulo 5:** Janeiro 2023

**Módulo 6:** Abril 2023

**Módulo 7:** Julho 2023

**Módulo 8:** Setembro 2023

**Valor Total**

8.400€ (Iva Incluído)

**8 Módulos de Formação**

**Inscrições:**

formacao@povoamed.com

www.formacao.povoamed.com

formacao@povoamed.com

910 699 492

https://www.facebook.com/Ortho.Study.Group





# P-ORT//O

Dental Digital Systems



[www.p-orthodigital.com](http://www.p-orthodigital.com)

[portugal@p-orthodigital.com](mailto:portugal@p-orthodigital.com)

+351 961 097 501



SHINING 3D®

## Aoralscan 3

12.990,00€

- Controlo com apenas 1 botão
- Leve (240gr)
- Ponta 15% mais longa
- Anti Embaciamento automático
- Ergonomicamente desenhado para um manuseamento otimizado
- Indicador LED dinâmico

Aoralscan 2



Aoralscan 3



+58% FOV  
16x12mm

30% +exato

mais de **22mm**  
profundidade de captura



!!!  
**LANÇAMENTO**  
3 anos garantia  
sem custos extra



## RAYDENT

3D Printer 4.490,00€

RPC Unidade de cura 1.050,00€



Resinas de CLASSE IIa  
**BIOCOMPATÍVEIS**

- Laváveis em água
- Baixa viscosidade
- Alta resistência à abrasão

Impressão com  
**RAPIDEZ E ALTA PRECISÃO**  
garantidas!





## RADIOLOGIA NA MEDICINA DENTÁRIA

A necessidade de registo ou licenciamento de equipamentos de radiologia em medicina dentária, como em outras atividades, tem levantado muitas questões, havendo a necessidade de proteção da saúde dos profissionais e pacientes expostos a radiações ionizantes, nomeadamente, no contexto clínico.



**A** radiação ionizante representa riscos conhecidos para a saúde, sendo classificada como um agente carcinogénico do Grupo 1 pela International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial da Saúde, sendo conhecido que desenvolvimentos tecnológicos e científicos levaram a um notável aumento dos níveis de exposição dos pacientes.

No caso específico da área da medicina dentária e da estomatologia, apesar de serem utilizados na larga maioria equipamentos que envolvem, segundo estudos internacionais, baixas doses para o paciente, são irradiadas principalmente para áreas do corpo próximas de órgãos particularmente sensíveis aos efeitos da radiação (e.g. tireoide, cristalino), e recorre-se a procedimentos de utilização que envolvem uma grande proximidade dos utilizadores à fonte de radiação.

**O objetivo dos requisitos de segurança expressos neste enquadramento legal prende-se com o facto de evitar a exposição continuada e sistemática** de pessoas, sejam trabalhadores, utentes ou membros do público em geral, a níveis de radiação desnecessários e, consequentemente, prejudiciais à saúde humana.

Pelos riscos que lhe estão inerentes e amplamente conhecidos, a utilização de radiações ionizantes (reconhecida expressamente no âmbito do regime da segurança e saúde no trabalho como atividade profissional de risco elevado) está abrangida por um quadro regulamentar que fixa um conjunto de obrigações que visam garantir a proteção do Ambiente, do público, dos profissionais e, quando utilizada em aplicações médicas, também dos pacientes envolvidos, que são expostos a estas radiações para efeitos do seu diagnóstico ou tratamento.

Neste sentido, a **diretiva n.º 2013/59/EURATOM determina que os Estados-Membros alertem para a necessidade de reforçar os procedimentos de justificação da exposição radiológica médica**, incluindo da exposição de pessoas assintomáticas, e reforça os requisitos relativos à informação a prestar aos pacientes, à determinação e à comunicação das doses resultantes de procedimentos de medicina dentária, à utilização de níveis de referência de diagnóstico e à disponibilidade de dispositivos indicadores de dose, entre outros.

Segundo a **Agência Portuguesa do Ambiente (APA)**, a nível nacional, a maioria destes requisitos já se encontra prevista desde os anos 90, não devendo o seu cumprimento no regime atual suscitar dúvidas.



“Não obstante o facto de o quadro legal pretender colmatar estas lacunas e promover o conhecimento dos impactos das radiações ionizantes, este obedece a uma abordagem

graduada, mais flexível que o regime anteriormente em vigor, permitindo em determinadas situações um regime de registo, em alternativa ao de licenciamento”, refere a APA.

Em articulação com a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), a APA aceitou que a generalidade das atividades desenvolvidas na área da medicina dentária ficasse abrangida pelo mecanismo de autorização simplificado (o registo), ficando sujeita a licenciamento apenas a utilização de equipamentos de CBCT ou outros com capacidades 3D. **Esta decisão teve impacto direto em mais de 90% das clínicas dentárias, que passaram a estar abrangidas apenas pela modalidade simplificada.**

Para além disso, a APA tem efetuado uma revisão e melhoria contínua dos procedimentos de implementação destas obrigações. Todas as atividades desenvolvidas com os vários *stakeholders* têm como objetivo promover o enca minhamento de todos os titulares para o cumprimento do quadro regulador, com mais-valias para a segurança de todos os envolvidos, destacando-se:

1. O apoio na elaboração de modelos para os documentos internos das unidades respetivas, de forma a assegurar as suas obrigações de proteção radiológica;
2. A promoção de ações de informação e sensibilização sobre o tema;
3. O estabelecimento de um período de adaptação de 18 meses, articulado com a Inspeção-Geral da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território (IGAMAOT) e transversal a todas as práticas, como medida de mitigação da dificuldade relatada no acesso a alguns serviços especializados.

“Analisando a forma como têm decorrido os procedimentos de registo e de licenciamento de práticas na área da medicina dentária, regista-se algum desconhecimento dos riscos da exposição à radiação ionizante, bem como dos conceitos subjacentes, que demonstra a ausência de uma cultura de segurança desenvolvida, bem como a disseminação de informação errónea sobre o tema”, refere a APA.

Quando na posse da informação correta sobre as suas obrigações e sobre os conceitos envolvidos, os requerentes têm obtido os seus registos e licenciamentos de forma normal, tendo a APA emitido várias centenas no decorrer deste ano, abrangendo mais de 700 fontes de radiação.

Destaca-se, assim, a necessidade de garantir a informação adequada, e cientificamente coerente, a todos os profissionais do setor, algo que **poderá ser conseguido através da integração de conteúdos adequados na sua formação de base** (algo previsto no próprio regime legal e que poderá ser implementado pelas instituições de ensino superior), ou através de formação especializada. Neste âmbito, o trabalho desenvolvido pela OMD, de apoio e informação sobre a implementação dos requisitos de segurança, tem representado uma contribuição decisiva.

# ASSIM VAI A...

A APA está a desenvolver uma proposta legislativa para abordar as lacunas na formação dos trabalhadores expostos a radiações ionizantes e aos profissionais que pretendem desempenhar funções de Responsável pela Proteção Radiológica com o intuito de a tornar mais direcionada e mais focada nas matérias de relevo para a segurança radiológica, e continuará a acompanhar a implementação deste quadro legal e a zelar por elevados padrões de segurança no uso de radiações ionizantes, em conjunto com os parceiros pertinentes, podendo tomar as medidas que venham a revelar-se necessárias para assegurar a proteção de todos os envolvidos

## A visão da IGAMAOT

As atribuições desta Inspeção-Geral são as constantes no Decreto-Lei n.º 23/2012, de 1 de fevereiro, pelo que, em concreto para o Decreto-Lei n.º 108/2018, e conforme a expressa repartição de competências ali prevista, à IGAMAOT estão **cometidas competências de inspeção do cumprimento do aludido diploma, de forma independente, nomeadamente através da realização de ações de inspeção**, não lhe cabendo, pois, pronúncia sobre atos da competência exclusiva da APA, IP.



Assim, o Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de dezembro, atribui à IGAMAOT competências para:

- a) Inspeccionar as práticas previstas no aludido diploma, nomeadamente, o funcionamento de instalações e equipamentos;
- b) Instaurar processos de contraordenação e aplicar as coimas por incumprimento do mencionado diploma, regulamentos e condições das licenças ou registos;
- c) Determinar medidas corretivas (incluindo propostas de alteração ou revogação das licenças ou registos emitidos, das condições e/ou procedimentos de funcionamento, ou ainda o encerramento temporário ou definitivo das instalações); bem como as medidas necessárias à proteção dos trabalhadores e do público em geral dos riscos associados às emissões radiológicas;
- d) Verificar o cumprimento das ações corretivas determinadas em resultado de atividade exercida sem as condições de segurança definidas na lei, regulamentos e licenças.

## A Ordem dos Médicos Dentistas e o processo de negociação

A legislação relativa à proteção radiológica trouxe muitas preocupações para os médicos dentistas e a Ordem dos Médicos Dentistas tem dedicado particular atenção ao registo e licenciamento dos equipamentos de radiologia nos consultórios e clínicas de medicina dentária.

“Desde o primeiro momento, encetámos diligências no sentido de alertar as autoridades competentes para a des-

proporcionalidade da lei aplicada à radiologia dentária. Uma solução equilibrada, e possível, seria adequar algumas das exigências à realidade da nossa área. Um exemplo flagrante desta desproporcionalidade é a necessidade de cada médico dentista ter um especialista em física médica contratado”, explica Ana Paula Reis, Coordenadora do Grupo de Trabalho Proteção Radiológica na Medicina Dentária da OMD.

“Temos dinamizado sessões de esclarecimento com o objetivo claro de ajudar os colegas no esclarecimento de dúvidas, mas também de dar a conhecer o trabalho até agora realizado. Estas interações são fundamentais para que toda a classe compreenda o processo da transposição da Diretiva. Recentemente, no congresso anual, foi feita uma sessão dedicada a este tema que contou com a participação de uma importante representante da Academia Europeia de Radiologia Dentomaxilofacial”.



Ana Paula Reis, Coordenadora do Grupo de Trabalho Proteção Radiológica na Medicina Dentária da OMD.

No dia 14 de outubro foi entregue ao Ministro do Ambiente e Ação Climática, João Pedro Matos Fernandes, **uma proposta de alteração legislativa, expondo assim os pontos de vista e as mudanças fundamentais que, no entender da OMD, devem ocorrer nesta lei.**

“No decorrer da reunião foi-nos confirmado que a nossa proposta relativa à formação seria bem aceite, e daí estarmos otimistas relativamente ao que podemos melhorar com este processo de revisão legislativa. Já em novembro, a OMD enviou uma carta à secretária de Estado do Ambiente, na qual requer a suspensão da abertura de processos de contraordenação, cuja rápida aprovação tem sido pugnada pela Ordem”.

Quanto ao processo de **negociações entre a OMD e a APA** para um acordo sobre o processo de registo e licenciamento

dos aparelhos de radiologia utilizados na medicina dentária existiram, ao longo do último ano, várias reuniões.

Foi ainda realizado um *webinar* conjunto de esclarecimento no final do mês de julho. “Conseguimos alguns esclarecimentos por parte da APA sobre alguns detalhes já divulgados. Foi assinado, em maio de 2021, um acordo de princípios, que consideramos ter sido um marco importante deste processo. Este tem sido um processo longo, com muitos avanços e alguns recuos, como acontece em qualquer processo negocial complexo. Com momentos de abertura por parte da APA a algumas das nossas propostas, mas também com alturas de alguma intransigência às nossas sugestões”, explica Ana Paula Reis.

Na sua perspetiva, as principais lacunas deste acordo prendem-se com o facto de alguns dos entendimentos conseguidos com a APA não resultarem numa alteração que fique plasmada na lei e que permita aos médicos dentistas ter uma maior segurança.

No que diz respeito à matéria de segurança relativa à proteção contra os perigos resultantes da exposição a radiações ionizantes, a OMD acredita que existe, por parte dos médicos dentistas, um conhecimento adequado da proteção radiológica no âmbito da radiologia dentária e que a formação contínua tem um papel fundamental para o desenvolvimento individual e com o máximo benefício dos pacientes.

Segundo Ana Paula Reis, “os médicos dentistas são, por natureza, uma classe ávida de formação e conhecimento. No entanto, há que adequar esta formação de uma forma proporcional à prática da radiologia dentária, sem lacunas, mas também sem exageros”.

Relativamente à **formação nível II, necessária a partir de 2 de abril de 2022 para exercício das funções de RPR**, tem sido motivo de preocupação para a OMD, uma vez que têm desde o primeiro momento, vindo a alertar para a desproporcionalidade da formação exigida.

“A APA encontra-se a promover alterações ao Decreto-Lei n.º 227/2008, adaptando os programas de formação. Aguardamos, por isso, informação detalhada sobre o que vai ser exigido no futuro. Lembramos que, até 2 de abril de 2022, a APA permite aceitar o comprovativo de inscrição na OMD como formação equivalente para a realização de funções de Responsável pela Proteção Radiológica”.

A Ordem enviou uma proposta de formação dirigida à medicina dentária, a pedido da APA, em abril de 2021. Essa proposta considera que a formação seria efetuada pela OMD, de forma gradual e adequada ao nível de equipamento que cada médico dentista manuseia na sua prática clínica.

Até ao momento aguardam ainda uma resposta.



# ESTAMOS QUASE A COMEÇAR UMA NOVA FORMAÇÃO!

Após 2 Open Days, nos dias 30 de outubro e 27 de novembro, no Porto e em Lisboa, respetivamente, está na hora de preparar a formação que apresentámos aos participantes interessados! Os novos formandos já foram selecionados e, no início de 2022, vamos começar um novo Curso de Residência, para formar mais um grupo de Médicos Dentistas experts em Implantologia.

## CURSO DE RESIDÊNCIA

Uma formação dirigida aos profissionais que queiram iniciar-se em Cirurgia Oral e Implantologia Dentária:

- ✓ 24 módulos de formação, com 5 aulas por módulo por mês;
- ✓ Realização de cirurgias para a colocação de Implantes Dentários;
- ✓ Experiência real de trabalho em ambiente clínico.

**ESTEJA ATENTO ÀS DATAS  
DAS PRÓXIMAS FORMAÇÕES!**

**PARA SE INSCREVER OU TER MAIS INFORMAÇÕES,  
VISITE O NOSSO SITE OU ENVIE-NOS UM EMAIL:**

[www.swissdentaleducation.com](http://www.swissdentaleducation.com)  
[info@swissdentaleducation.com](mailto:info@swissdentaleducation.com)



## ASSIM VAI A...

## O outro lado da moeda

Para Nuno Meneses Gonçalves, médico dentista e fundador da Associação Independente dos Médicos Dentistas (AIMD), o processo de registo e licenciamento de equipamentos de radiologia na medicina dentária não passa de uma “burocracia desnecessária, asfixia legal e financeira, ausência de resposta em tempo útil nos pedidos de registo e licenciamento. Em suma, criou-se uma lei impossível de cumprir; aliás, promulgou-se um Decreto-Lei antes de se verificar a sua aplicabilidade no território nacional. Em cinco anos de prazo para consulta pública e acompanhamento da transposição da diretiva, tudo se resolveu em dias. É de tal forma caricato que o responsável pela sua redação e submissão rapidamente desapareceu do cargo que ocupava. Contudo, várias portas foram abertas, nomeadamente o contributo anual para o orçamento da IGAMAOT com multas de dezenas e centenas de milhares de euros, negócios lucrativos para as empresas de proteção radiológica e companhias de seguros”.

Nuno Meneses Gonçalves realça ainda um voto de louvor aos seus colegas responsáveis pelo dossier da Radiologia – internos e externos à OMD – pelas horas incansáveis e disponibilidade total que dedicaram ao tema, “tempo de vida que nunca irão recuperar e foi cedido livremente à defesa dos interesses da profissão. Eles sabem quem são”.

Na sua perspetiva, a principal consequência desta nova realidade começa com o facto de se ter assinado um acordo de princípios com a APA sem haver alteração legislativa e negociar e aprovar alterações à interpretação da lei, sem haver uma comunicação oficial do Ministro do Ambiente.

“Ora, isto só pode revelar uma de duas coisas: ou a APA quis deliberadamente enganar os representantes da OMD; ou o presidente da APA não conhece o processo hierárquico de decisão, dando testemunho de amorismo. Na minha opinião, o acordo nem deveria ter sido assinado, por uma simples razão: o DL 108/2018 não tem qualquer nexo de fundamentação para a prática radiológica corrente em medicina dentária. Uma lei que foi aprovada da noite para o dia, transposta *ipsis verbis* de uma diretiva europeia, conseguindo ainda ir mais longe nas exigências que a União Europeia plasmou, merece sequer negociação? Uma proposta legislativa aprovada por um Ministério que tão pouco auscultou a classe profissional ou se dispôs a efetuar um levantamento dos reais riscos da radiologia para a saúde pública?”

Relativamente à formação nível II, necessária a partir de 2 de abril de 2022, Nuno Meneses Gonçalves fala do webinar de julho de 2021 entre a OMD e a APA onde, na sua opinião, ficou bastante clara **a vontade da APA em avançar com os processos formativos obrigatórios, apesar de se ter pré-acordado a possibilidade de a OMD ministrar a formação periódica**.

Para si, há uma frase que se tornou célebre entre os meios associativos: «o pior inimigo do médico dentista é o médico dentista». Acredita que um dos handicaps deste processo de

negociação foi “ninguém concordar com a formação periódica obrigatória, mas, assim que abre um curso com um valor “simbólico” de três mil euros de propina, as vagas esgotam em vinte e quatro horas. Ainda tentando combater a exigência pela ausência de oferta formativa, rapidamente a APA libertou a certificação às “empresas da casa”, e mais uma vez os colegas foram atrás da cantiga”.

Em última análise, o médico dentista fala do **paralelismo à violação legal do direito ao exercício da profissão – consagrado na CRP e, recentemente, no artigo 4º da Lei nº 2/2021 – com a obrigatoriedade da formação de nível II plasma uma descrédibilização institucional do Ensino Superior suportada por um decreto-lei do Ministério do Ambiente**, na medida em que, tendo os médicos dentistas obtido formação académica superior em Radiologia, a APA ocupa o papel da A3ES ao declarar a inaptidão destes profissionais para exercer medicina complementar de diagnóstico sem uma formação que vá de encontro aos seus critérios.

“Pergunto se, além de querer regular o “desastre nuclear” da radiologia médica, a APA e o Ministério do Ambiente também não quererão ocupar-se dos derrames petrolíferos associados ao ensino universitário. Há um slogan explicativo do ridículo e absurdo em que estamos a cair: “100 horas de formação para aprender a carregar num botão”.

No desenrolar deste processo, tem-se assistido à inflação dos preços cobrados pelas empresas que atuam no setor da proteção radiológica. Nuno Meneses Gonçalves fala ainda **da proliferação de novas taxas e requisitos legais**, associadas a este decreto-lei que, para si, transmite bem uma intenção subentendida de há alguns anos – a extinção das micro e pequenas empresas prestadoras de cuidados de saúde.

Por outro lado, aborda ainda a avença com um físico médico, do seguro de responsabilidade civil para radiações ionizantes, das consultas de medicina do trabalho com especificação para a radiologia, dos contratos de verificação de equipamentos exclusivos para radiologia, entre muitos outros.

“Note bem: ouviu-se algum grupo hospitalar privado em apuros com o processo de licenciamento dos equipamentos radiológicos? Houve alguma consequência legal das residuais inspeções da IGAMAOT aos serviços públicos? Há um conluio claríssimo, que vai ditar o futuro da nossa profissão: a industrialização da saúde. Hoje, até de turismo dentário se fala. O desequilíbrio da balança entre oferta e procura transforma os médicos dentistas, sobretudo os mais jovens, em carne para canhão, mão de obra barata a ser absorvida por estes polvos: que, com capacidade de produção em massa e largas estruturas de suporte de custos, se implementam rapidamente no mercado como oligopolistas, cravam o calote financeiro nos utentes e empresas e vivem para contar mais um dia; administrados por gestores cujo principal objetivo é a maximização do lucro, às vezes não olhando a meios para o fazer”.



Nuno Meneses Gonçalves, médico dentista e fundador da Associação Independente dos Médicos Dentistas (AIMD).

Numa iniciativa recente, foram mobilizadas cerca de duas mil assinaturas de médicos dentistas, num universo de onze mil ativos. “82% dos colegas não teve conhecimento, não se deu ao trabalho ou não concordou em assinar um documento a apelar à revisão urgente deste decreto-lei. Quando as clínicas começarem a fechar as portas e o desemprego neste sector aumentar exponencialmente – porque o resultado pragmático é o desaparecimento das clínicas de proximidade – será demasiado tarde para contar espingardas”.

Já no que diz respeito à matéria de segurança relativa à proteção contra os perigos resultantes da exposição a radiações ionizantes, Nuno Meneses Gonçalves fala em primeiro **da importância de quantificar os perigos resultantes da exposição a radiações ionizantes**, uma vez que em Portugal, não existe um único incidente danoso para a saúde pública relacionado com radiologia oral.

“Ironicamente, esta lei parece que aposta no fator preventivo de algo que nunca teve lugar e não tende a acontecer; já a aposta na medicina preventiva, com melhores cuidados de saúde primários, essa tem sido constantemente ignorada”.

Enquanto presidente da Associação Independente de Médicos Dentistas, promete continuar a batalhar incessantemente pela suspensão e revisão integral do DL 108/2018, unindo esforços coletivos de colegas a título individual e procurando sinergias com outros movimentos de cariz associativo ou sindical. Por conseguinte, no que depender da atuação da classe – seja ela social, política ou judicial – **no limite, só aceitarão que essa formação seja ministrada pela OMD**, “pelos nossos pares. Qualquer resolução que ultrapasse esta linha vermelha é, no meu ponto de vista, inconcebível e intolerável”, conclui. ■

Diana Ribeiro Santos

# invis é... seu melhor parceiro para transformar sorrisos e mudar vidas.



O conhecimento do ortodontista e a inovação do sistema Invisalign se unem para proporcionar a melhor experiência de tratamento aos pacientes. Graças a esse relacionamento próximo, juntos transformamos sorrisos e mudamos vidas.



<sup>1</sup> Com base num inquérito de n=2.752 médicos Invisalign que foram questionados acerca do quanto concordam ou discordam da seguinte afirmação: "Invisalign é o sistema de tratamento ortodôntico digital mais avançado do mundo". Os médicos foram inquiridos nos EUA, Canadá, Reino Unido, Brasil, Alemanha, França, Espanha, Itália, China, Japão, Austrália e Nova Zelândia. Dados arquivados na Align Technology desde 10 de julho de 2020. Dados arquivados na Align Technology desde 30 de setembro de 2020

<sup>2</sup> Em comparação com os alinhadores Invisalign anteriormente fabricados a partir de um material de camada única (EX30).

<sup>3</sup> Com base num inquérito de n=378 Ortodontistas da Invisalign dos EUA (Nível de vantagem Silver e superior) que foram questionados sobre "O quanto concordam ou discordam que a utilização dos clear aligners da Invisalign lhes permitiu obter clientes que de outra forma não teriam." Dados arquivados na Align Technology desde 1 de dezembro de 2018.

align

Align Technology Suíça GmbH, Suurstoffi 22, 6343 Rotkreuz, Suíça

© 2021 Align Technology Suíça GmbH. Todos os direitos reservados. Invisalign, ClinCheck e SmartTrack, entre outras, são marcas comerciais e/ou marcas de serviço da Align Technology, Inc. ou de uma das respetivas empresas subsidiárias ou afiliadas, e podem estar registadas nos EUA e/ou noutros países. MKT-0006714 Rev A

 invisalign



## TIPS &amp; TRICKS

## DA INOVAÇÃO À LEGALIZAÇÃO DAS RADIAÇÕES IONIZANTES

Estamos numa época em que a mudança tecnológica é muito intensa.

Basta olharmos um pouco para trás e imaginarmos como seria a nossa vida sem telemóveis, sem portáteis, sem net ou e-mails, sem a possibilidade de comprarmos o que quer que seja online.

A verdade é que toda esta realidade surgiu e rapidamente passou a fazer parte do nosso dia-a-dia de uma forma tão intrínseca que quase chega a ser uma segunda pele, ou o principal instrumento de trabalho.

A partir do momento em que existe algo novo, é dever do legislador criar regras que regulem esta nova realidade trazendo-a para a segurança jurídica que todos precisamos enquanto sociedade e enquanto empreendedores.

Esta rapidez na evolução tecnológica também se faz sentir na saúde. Não é à toa que a longevidade da população aumentou exponencialmente nas últimas décadas. E ainda bem que assim é. De facto, este aumento da longevidade deve-se muito à profissionalização das várias áreas da Medicina, da investigação que gerou melhores e mais aprofundados conhecimentos médicos e trouxe equipamentos cada vez mais específicos e eficientes no âmbito do diagnóstico.

Com estes avanços vem também a necessidade da adaptação legislativa.

Se assim não fosse, poderíamos correr o risco de ainda ver profissões tão nobres serem ainda desenvolvidas por barbeiros, sem saber técnico credenciado e com a utilização instrumentos desapropriados e de duvidosa esterilização.

Quem não conhece ainda alguém da família que diz que lhe extraíram os dentes porque se queixou de dor?

Não seria esse dente tratável? Temos a convicção que sim, mas para quem apenas conhecia um diagnóstico com uma única consequência, o resultado só poderia ser: extrair o dente.

Esta situação seria justa para quem tem brio da profissão e investiu anos em estudo, e quis abrir o seu consultório com a preocupação com o melhor atendimento ao cliente?

Claramente seria.

E é aqui que o legislador intervém e assume um papel importantíssimo na regulamentação do setor, na uniformização de conceitos e na regulação do mercado com o estabelecimento dos critérios mínimos através dos quais a população irá sentir-se segura em recorrer aos serviços médicos daquele profissional de saúde que prima não só pelos conhecimentos e prática, como também por ser cumpridor do normativo legal com especial foco para a segurança dos pacientes e de quem exerce a profissão.

Ultimamente, e mais especificamente desde a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 108/2018, de 03 de dezembro, que transpõe para o ordenamento jurídico nacional a Diretiva 2013/59/Euratom, tem sido muito contestada a promulgação legislativa que os diversos profissionais do setor consideram totalmente exagerada e desgarrada da realidade portuguesa.

Será assim mesmo?

Para ajudar a responder a esta questão, vamos socorrer-nos do fio cronológico da história legislativa nesta matéria.

Surpreendentemente, o primeiro diploma legal que regulamentava a utilização das radiações ionizantes data de 25 de novembro de 1961 pelo Decreto-Lei n.º 44060, promulgado por Américo Tomás, que surge após ter-se constatado que a proteção contra radiações ionizantes em uso em hospitais, consultórios e outras entidades de saúde não eram satisfatórias. De notar que nesta época, Portugal e a Europa estavam longe de ter uma visão europeia de conjunto, uniformizada. Neste diploma criaram-se medidas de proteção da saúde dos profissionais de saúde, estabeleceram-se as doses máximas admitidas dos núcleos radioativos, estabeleceu-se a obrigatoriedade de sinalização dos locais onde estavam instalados os equipamentos radiológicos. Consagrou-se a necessidade de fiscalização tendo para o efeito sido criada a Comissão de Proteção Contra Radiações Ionizantes. No mesmo diploma estabeleceram-se também as coimas associadas ao não cumprimento deste diploma legal: 1.000\$ a 50.000\$ (iam de 5€ a 250€). Para podermos ter uma ideia da dimensão e peso das coimas, tomamos como valor comparativo o salário mínimo nacional estabelecido para o ano de 1974 que se situava em 16,50€ (dados Pordata). Para além das coimas previstas, era determinada a pena de prisão até três meses por desobediência legislativa por aplicação do artigo 188.º do Código Penal de 1852.

Em 1998 foi criada por Decreto-Lei de 14 de outubro a Comissão de Proteção Radiológica e Segurança Nuclear constituída pelo Ministério do Ambiente, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia e cujo suporte técnico era dado pelo Instituto Tecnológico e Nuclear.

Em 2002 Portugal transpôs para o seu ordenamento jurídico nacional diversas diretivas da EURATOM. Foi nesta época que a Direção Geral de Saúde passou a ter o estatuto de entidade licenciadora das instalações com equipamentos radiológicos, estabeleceu-se os requisitos que os titulares das instalações deveriam cumprir, a necessidade de terem programados Planos de Emergência Internos e Externos, necessidade de formação dos médicos, etc.

Ou seja, o Decreto-Lei n.º 108/2018, continua a linha dos diplomas anteriores, sendo que muitas das obrigações aí contidas são iguais às anteriores, mas claro que trouxe novidades.

A partir de abril de 2019, a entidade licenciadora passou a ser a APA (Agência Portuguesa do Ambiente), a entidade fiscalizadora o IGAMAOT (Inspeção-Geral da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território) e os processos de legalização passaram a ser mais complexos e exigentes.

Inicialmente a entrada deste novo Decreto-Lei e as suas Portarias trouxe um grande tumulto. O desconhecimento, a insegurança e a ignorância da realidade europeia levou a uma revolta geral e a uma tentativa de não legalização propositada para demonstrar o descontentamento. Mas rapidamente essa ideia caiu por terra e passou a haver uma perceção de que efetivamente era necessário legalizar os equipamentos, contratar empresas/profissionais devida-



Imagem: Designed by Freepik

mente credenciados e seguir determinados procedimentos. Procedimentos esses que não eram totalmente desconhecidos, contudo não eram realizados e concretizados devido a menor frequência de inspeção às instalações.

Toda esta nova realidade e o medo pelas elevadas coimas instauradas levou ao receio de toda a classe de medicina dentária e caos de circulação de informações incorretas nas redes de comunicação.

Deste modo e para que sejam esclarecidas pequenas e grandes dúvidas acerca da legalização dos equipamentos com radiação ionizante, o *Jornal Dentistry* disponibilizou um espaço na sua edição mensal para que a *Legal In* aborde sobre este tema que tanto aflige os titulares das clínicas dentárias, como é o caso dos seguintes temas:

- Quais as entidades a contratar além da empresa/profissional credenciado para o registo ou licenciamento da prática?
- Quais os procedimentos a realizar para que a instalação cumpra o exigido pelo DL n.º 108/2018 de 03 de dezembro?
- Quais as habilitações mínimas das assistentes dentárias?
- Quais os requisitos que a sala onde o equipamento radiológico está instalado deve cumprir?
- Quais os suportes documentais a ter em atenção?
- Quais os custos envolvidos no processo?

Nas próximas edições daremos as respostas a estas questões e outras mais. ■



[www.legalin.pt](http://www.legalin.pt) | [legalin@legalin.pt](mailto:legalin@legalin.pt)



Dr. Carlos  
Eduardo Araújo

Dra. Alexandra  
Fernandes

Dr. José  
Eduardo Cardoso

- Diagnóstico e Princípios Ortodônticos
- Fundamentos da Técnica Ortodôntica
- Princípios de Biomecânica
- Tratamento e Biomecânica em Classe I / II / III
- Alinhadores
- Mini Implantes
- Biomecânica Avançada
- Autoligáveis Técnica Damon
- Técnica Tweed
- Relações Ortodontia - Periodontologia

## INTRODUÇÃO À ORTODONTIA

### Princípios e Técnicas Atuais

Porto 2022/23

#### Datas:

**Módulo 1:** 21 a 23 Abril 2022

**Módulo 2:** 07 a 09 Julho 2022

**Módulo 3:** 08 a 10 Setembro 2022

**Módulo 4:** 04 a 06 Novembro 2022

**Módulo 5:** Janeiro 2023

**Módulo 6:** Abril 2023

**Módulo 7:** Julho 2023

**Módulo 8:** Setembro 2023

#### Valor Total

8.400€ (Iva Incluído)

#### 8 Módulos de Formação

#### Inscrições:

formacao@povoamed.com

www.formacao.povoamed.com

formacao@povoamed.com

910 699 492

<https://www.facebook.com/Ortho.Study.Group>



## FORMAÇÃO ORTODONTIA AVANÇADA

### Introdução à Filosofia e Biomecânica - TWEED

Porto 2022

#### Datas:

**Módulo 1:** 23 a 25 Abril 2022

**Módulo 2:** 30 Junho a 3 Julho 2022

**Módulo 3:** 28 a 30 Julho 2022

#### Coordenador Formação:

Dr. Carlos Eduardo Araújo

www.formacao.povoamed.com

formacao@povoamed.com

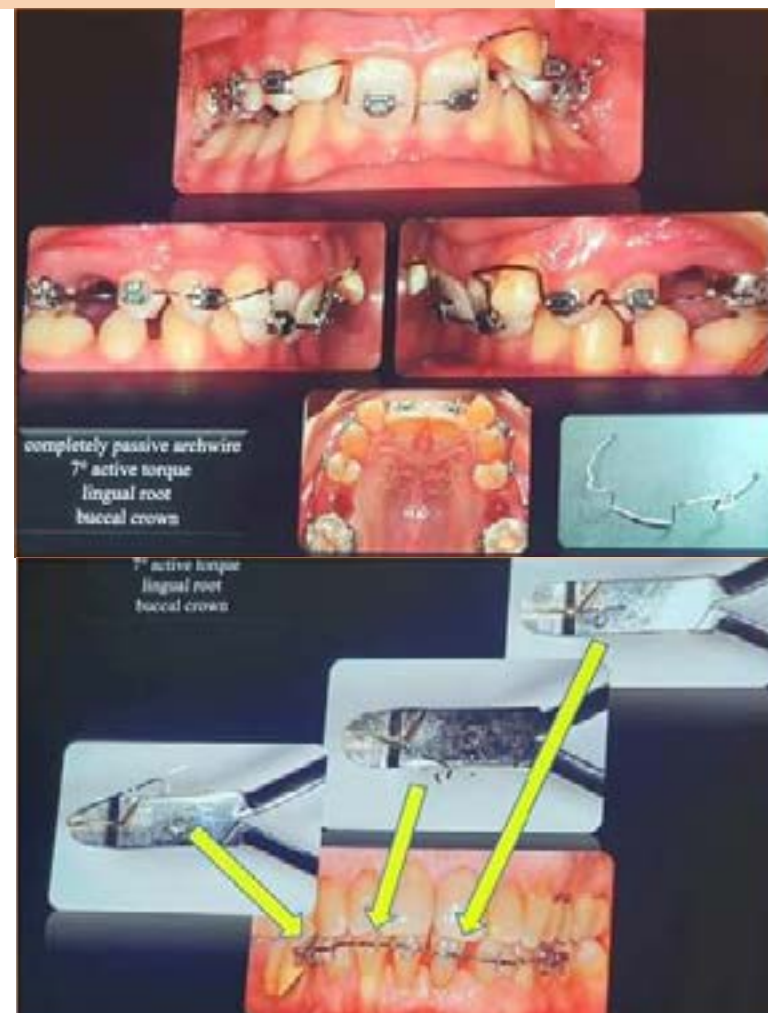
910 699 492



- Tweed - Técnica e Biomecânica
- Biomecânica Avançada
- Dobras de 1a/2a/3a Ordens
- Coordenação de Arcos e Arcadas
- Dobras para loops/ansas
- Preparação de Ancoragem
- Prática em Tipodonto
- Resposta Mandibular em Classe II
- Dobras Artísticas e Finalização Casos

#### Dott. Giovanni BIONDI

- Specialist in Orthodontics
- Instructor and former member of the Board of directors of the Charles H. Tweed International for research and instruction in orthodontics Tucson, AZ
- Clinical Director of the G. Cozzani Institute
- Course Director of gaTE/TEOs







## ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO TUNELIZADO: A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Na prática diária da medicina dentária é frequente a observação de casos de existência de recessão gengival que se caracterizam pela localização apical da margem gengival em relação à junção amelocementária, o que por sua vez se traduz na exposição da raiz na cavidade oral. Esta condição, que pode ter na sua génese uma etiologia multifatorial, foi subdividida por Miller em quatro classes distintas:

– **Classe I:** não atinge a linha mucogengival e não há perda de óssea interproximal

– **Classe II:** atinge a linha mucogengival e não há perda de óssea interproximal

– **Classe III:** atinge a linha mucogengival e há perda óssea interproximal

– **Classe IV:** atinge a linha mucogengival e há perda óssea interproximal atingindo um nível apical à extensão marginal da recessão.

A recessão gengival acarreta muitas vezes complicações para o indivíduo portador, sendo frequente o relato de sintomatologia dolorosa associada à inflamação gengival ou devido a uma hipersensibilidade dentária. Além disso, dada a exposição radicular, a vertente estética é também frequentemente referida pelo paciente e muitas vezes o motivo principal na procura do médico dentista. Assim sendo, o objetivo do recobrimento radicular nestas situações passa não só pela resolução da sintomatologia, melhor controlo de placa bacteriana e prevenção da progressão do defeito, mas também pela recuperação da estética do sorriso, especialmente quando falamos em recessões na zona anterior.

Para resolução desta condição várias técnicas têm sido propostas no sentido de corrigir o defeito com o mínimo de intervenções, com risco reduzido de complicações pós-operatórias e alcançando o resultado esteticamente mais favorável, sendo que o tamanho da recessão, a quantidade de gengiva queratinizada adjacente ao defeito bem como o tipo de biótipo gengival são fatores determinantes na tomada de decisão.

O enxerto de tecido conjuntivo tunelizado, que surgiu como alternativa às técnicas mais tradicionais, é uma das opções utilizadas no tratamento da recessão gengival. Esta técnica está indicada no tratamento de recessões gengivais classe I e II de Miller, isoladas ou múltiplas, com uma profundidade ≤ 3mm. Os estudos acerca da mesma demonstram que é possível a obtenção de resultados esteticamente favoráveis, com excelente integração de cor e textura com os tecidos adjacentes e ainda que é elevada a previsibilidade de recobrimento radicular. Nesta técnica, o descolamento do tecido gengival é efetuado de forma a obter-se um retalho com mobilidade adequada para acolher o enxerto de tecido conjuntivo, mas mantendo-se simultaneamente a integridade das papilas interdentárias.

Esta manutenção papilar é uma das principais vantagens desta técnica, uma vez que o não descolamento das mesmas permite um maior fluxo sanguíneo da zona intervencionada, o que está relacionada com uma melhor cicatrização e um resultado final mais favorável. Para além disto, a utilização de instrumentos de magnificação e de microcirurgia que esta técnica requer, também contribui para um menor risco de dano tecidual e por conseguinte melhor pós-operatório e melhor resultado final. Como desvantagem da técnica, pode apontar-se o facto de requerer então material específico, aliado a um operador experiente uma vez que a técnica é sensível e a curva de aprendizagem considerável.

Como qualquer técnica cirúrgica de tecidos moles, e especialmente em casos com variáveis como a presença de freios ou recessões muito profundas, há o risco de surgirem complicações no pós-operatório como por exemplo a necrose parcial do enxerto, o que pode comprometer o completo sucesso do resultado final. O caso clínico que se segue é um exemplo dessa situação, em que devido à necrose do enxerto sobre um dente, não ocorreu o recobrimento radicular total. Nesse caso, foi necessário recorrer a um segundo momento cirúrgico, utilizando de igual modo a técnica de tunelização uma vez que esta pode ser replicável se assim for necessário para otimização do resultado final.

### Caso Um

Paciente do sexo feminino surge na consulta apresentando múltiplas recessões gengivais classe I de Miller nos dentes 21,22,23 e 24 (Figs.1 e 2).

### Tratamento e Resultados

Após avaliação clínica foi sugerido à paciente a realização de um enxerto de tecido conjuntivo tunelizado para correção das recessões múltiplas. Após anestesia infiltrativa, a superfície radicular exposta foi trabalhada com ultrassons e cureta de Gracey para remoção de eventual biofilme bacteriano e/ou cálculo. Em seguida, iniciou-se a realização do túnel com recurso a micro lâmina de tunelização e incisões efetuadas no sulco gengival, sem envolvimento das papilas interdentárias, e posterior descolamento do mesmo. Tal des-

colamento foi efetuado para além da linha mucogengival, permitindo liberdade de movimento do retalho. Verificou-se então se o túnel tinha espaço suficiente e se encontrava sem interferências para receber o enxerto de tecido conjuntivo e ainda se o retalho estava pronto para ser reposicionado sem tensão (Fig.3)

Em seguida, procedeu-se ao condicionamento da raiz com ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA) a 24% (PrefGel®, Straumann - dois minutos) e simultâneo condicionamento ácido do esmalte naqueles que seriam no final os pontos de ancoragem da sutura (Fig. 4).

Posto isto, e, após anestesia, recolheu-se o tecido conjuntivo tendo o palato como zona dadora (Fig.5). O enxerto foi devidamente preparado e sobre as superfícies radiculares previamente expostas foi aplicado um gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (Fig. 6). Em seguida, procedeu-se à colocação do enxerto, que foi passado passivamente sob o túnel previamente criado, de forma a recobrir as superfícies previamente expostas. Este enxerto foi primeiramente estabilizado através de duas suturas horizontais com fio monofilamento 6-0 e em seguida, o retalho foi tracionado coronalmente através de suturas suspensas ancoradas com resina composta na face vestibular dos dentes (Fig.7).

No final da intervenção, a paciente foi instruída para colocar gelo durante o dia da cirurgia, evitar esforço físico e fontes de calor. Além disso, foi-lhe prescrito ibuprofeno 600mg, de 12 em 12h, durante três a cinco dias e aplicação de gel de clorexidina 0.2% sobre a zona intervencionada. A sutura foi removida 12 dias após a cirurgia, sendo que se verificou nessa altura a existência de uma zona necrótica sobre o dente 21 (Fig.8). No follow-up passado um mês optou-se por realizar a frenectomia labial superior para reduzir a tensão na margem gengival (Fig.9) e acordou-se com a paciente aguardar os três meses de cicatrização para realização de um novo túnel a fim de procurar recobrimento total do dente 21 (Fig.10).

No follow-up passados 14 meses da segunda intervenção cirúrgica pode verificar-se que foi conseguido o recobrimento total das superfícies radiculares previamente expostas (Fig.11).



Figs. 1 e 2. Pré-operatório: Recessão gengival nos dentes 21,22,23 e 24.





Fig. 3. Preparação do túnel.



Fig. 4. Condicionamento da raiz com EDTA e Condicionamento ácido do esmalte.

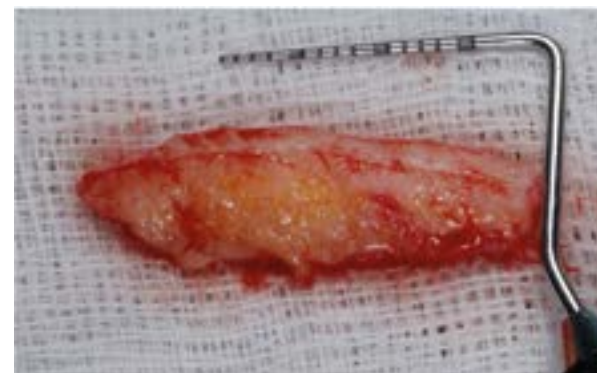


Fig. 5. Colheita do enxerto de tecido conjuntivo.



Fig. 6. Aplicação de proteínas derivadas da matriz do esmalte.



Fig. 7. Pós-operatório imediato.



Fig. 8. Remoção da sutura após 12 dias.



Fig. 9. Follow-up 1 mês.



Fig. 10. Pós-operatório imediato da 2ª intervenção.



Fig. 11. Follow-up 14 meses.

No entanto, existem determinadas situações, em que a recessão gengival se encontra associada a lesões de cárie ou abfrações cervicais, havendo efetiva perda de estrutura coronal à junção amelocementária. Apesar da excelência da técnica cirúrgica supracitada, é contraindicada a tentativa de recobrimento só à custa da plastia dos tecidos moles. Assim, perante este quadro clínico, faz-se necessário recorrer a técnicas restauradoras previamente ao momento

cirúrgico no sentido de restabelecer o contorno anatômico dos dentes em questão. Vários materiais restauradores têm sido propostos e avaliados. Os estudos existentes mostram que os cimentos de ionómero de vidro modificados por resina e as resinas compostas são biocompatíveis quando utilizados em restaurações Classe V subgengivais. Mais indicam que, quando em correta técnica de aplicação, a combinação da restauração com a técnica cirúrgica,

cursa com os seguintes resultados: histologicamente haverá a formação de um epitélio juncional longo e clinicamente ausência de dano nos tecidos periodontais. Nestes casos então, o sucesso a longo prazo não se prenderá somente com a técnica cirúrgica, mas também com a técnica restauradora, principalmente na vertente do polimento do material na zona subgengival e ainda da cooperação do paciente no controlo da placa bacteriana.

## CLÍNICA

## Caso Dois

Paciente do sexo masculino, apresentava recessões gengivais Classe II de Miller generalizadas e ainda lesões de abfração cervicais nos dentes 13,14,15 e 16 (Fig.12).

## Tratamento e Resultados

Perante este quadro clínico, foi proposto ao paciente combinar a vertente restauradora com a vertente cirúrgica. Assim, o plano de tratamento iniciou-se com a restauração a resina composta das classes V dos dentes 13, 14, 15 e 16 (Fig.13).

Em seguida, efetuou-se o protocolo cirúrgico da tunelização de forma similar ao descrito no caso anterior (Figs.14 a 18). As mesmas recomendações de cuidados pós-operatórios descritas anteriormente foram dadas ao paciente.

A sutura foi retirada dez dias após a intervenção (Fig.19). No *follow-up* passados seis meses verificou-se a estabilidade dos tecidos periodontais e o recobrimento radicular (Fig.20). ■



Fig.12. Fotografia inicial.



Fig.13. Restauração a resina composta dos dentes 13,14,15 e 16.



Fig. 14. Preparação do túnel.



Fig.15. Condicionamento ácido do esmalte.



Fig.16. Colheita do enxerto de tecido conjuntivo.



Fig.17. Aplicação de proteínas derivadas da matriz do esmalte.



Fig.18. Pós-operatório imediato.



Fig. 19. Remoção da sutura após 10 dias.



Fig. 20. Follow-up 6 meses.

<sup>1</sup> Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP (2000); Pós-graduação em Periodontologia pela FMDUP; Doutorada pela Universidade de Santiago de Compostela; Especialista em Periodontologia pela OMD; Residência clínica 2004-Pericop. P.C. Dr. Myron Nevins-Boston-USA; Curso de cirurgia mucogengival em Harvard 2004-Boston-USA; Diretora clínica da CLINICCA  
<sup>2</sup> Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo IUICS (2017)  
 Pós-Graduação em Dentisteria Adesiva com Resinas Compostas

## Bibliografia

- Albandar JM., Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *Journal of periodontology*. 1999;70(1):30-43.
- De Angelis N., Yumang C, Benedicenti S. Efficacy of the lateral advanced flap in root-coverage procedures for mandibular central incisors: a 5-year clinical study. *The International journal of periodontics & restorative dentistry*. 2015;35(1):e9-e13.
- Deliberador TM., Bosco AF, Martins TM, Nagata MJ. Treatment of gingival recessions associated to cervical abrasion lesions with subepithelial connective tissue graft: a case report. *Eur J Dent*. 2009 Oct;3(4):318-23.
- Douglas H., Treatment of gingival recession with a modified "tunnel" technique and an acellular dermal connective tissue allograft. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001;13(1):69-74.
- Saha S., Bateman GJ. Mucogingival grafting procedures-an update. *Dental update*. 2008;35(8):561-2, 5-8.
- Singh J., Bharti V. The effect of laterally positioned flap-revised technique and 24% ethylenediaminetetraacetic acid root conditioning on root coverage: A case report. *Saudi Dent J*. 204; 26(3):132-138. doi:10.1016/j.sdentj.2014.03.007.
- Zabalegui I., Sicilia A, Cambra J, et al. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft: A clinical report. *Int J Periodont Rest Dent* 1999;19(2):199-206.





**ACADEMY**  
MEDICINA DENTÁRIA



**DR. FELIPE VILLA VERDE**

Mestre em Odontologia e Materiais Dentários

Membro da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética (SBOE)

Formador e Palestrante Internacional

# **RESINA COMPOSTA**

## **ESTRATIFICANDO NATURALMENTE**

**1 a 3 de março 2022**

**Curso teórico-prático intensivo, com componente laboratorial e treino individualizado.**

**Capacitar os formandos para a realização de restaurações directas em resina composta.**

**INSCREVA-SE JÁ!**  
**mdacademy.pt**



Telefone +351 926 253 073

TagusPark (Oeiras) - Núcleo Central, 161 - 2780-920 Porto Salvo

Informações - info@mdacademy.pt



## EVENTOS

## JORNADAS BTI DAY'21 REGRESSAM EM FORMATO PRESENCIAL

A BTI Biotechnology Institute realizou nos dias 6 e 20 de novembro as jornadas científicas BTI Day'21.

A BTI Biotechnology Institute, empresa especializada em Implantologia e medicina regenerativa e dirigida por Eduardo Anitua realizou nos dias 6 e 20 de novembro as jornadas científicas BTI Day'21 no Palácio de Congressos Europa, de Vitoria, e no Teatro Goya, em Madrid, respetivamente.

A reunião anual da empresa, este ano marcada pelo regresso aos eventos presenciais, foi palco da apresentação das últimas novidades pela equipa de I+D da empresa, liderada por Eduardo Anitua, recentemente galardoado com o Prémio Nacional de Inovação, em Espanha.

As jornadas BTI Day'21 de Vitoria e Madrid contaram com mais de 1000 profissionais de saúde que puderam assistir à partilha dos últimos avanços em Implantologia oral e medicina regenerativa

Com o tema “Ciência e experiência partilhados consigo”, desenvolveram-se umas jornadas baseadas na evidência, na biologia, na biomecânica e no pensamento crítico, nas quais se fez um ponto de situação sobre diversos temas como: o tratamento do maxilar atrófico, como enfrentar a passagem do analógico para o digital, e as novidades em regeneração tecidual, entre outros.



*As jornadas científicas BTI Day'21 foram palco da apresentação das últimas novidades pela equipa de I+D da empresa, liderada por Eduardo Anitua*

O evento contou ainda com diversas mesas redondas e apresentação de casos clínicos. ■





## SONZ PACK CLÍNICA COMPLETA



## ORTO PRIME 3D

SEM TELA  
CBCT / PAN 3D X-MIN PRIME  
COLUNA PRIME X-MIND

### PACK INSTRUMENTOS STU/SOCO

TURBINA COM LUZ LED  
MICROMOTOR ELÉTRICO  
FOTOPOLIMERIZADOR  
DESTARTARIZADOR TYPE EMS COM LUZ  
CONTRA ÂNGULO COM IRRIGAÇÃO INTERNA 1:1



AUTOCLAVE



CUBA ULTRA-SÔNICA



SELADORA



RAIO-X INTRA ORAL



COMPRESSOR



MOTOR DE ASPIRAÇÃO



RVG

**SOLICITE A SUA  
PROPOSTA !!**



# MARKETING NA CLÍNICA

\*Dr. Celso Orth



## FLUXO PHYGITAL

O termo *phygital* vem da fusão das palavras em inglês *physical* (físico) e *digital* (digital). De forma resumida, nada mais é do que a integração entre o mundo físico com o mundo digital.



**E**scutamos em várias palestras e cursos, podemos ler em diversas publicações e assistir a dezenas de vídeos, inúmeras possibilidades de implementar o fluxo digital nas nossas clínicas e consultórios. Uma preocupação constante em atuar numa medicina dentária atualizada, visão de muitos formadores de opinião, na qual o dito fluxo é essencial que esteja incorporado.

O que percebemos é uma atenção, sem a proporcionalidade esperada quando comparada ao digital, muito menor em relação ao fluxo das pessoas que circulam dentro da clínica. Sejam da equipa ou dos pacientes.

Esse desequilíbrio acaba por comprometer, muitas vezes, a organização que deveria ser, essa sim, o pilar do funcionamento de uma clínica que busca a qualidade do atendimento.

Como imaginar que um afinado fluxo digital substitui pessoas comprometidas com o acolhimento dos pacientes e com a humanização do ambiente?

Não compreendo como uma tecnologia, na qual acredito e vejo cada vez como uma necessidade, possa amparar uma

sequência de atividades que tem a finalidade de cuidar de pessoas.

Não é a questão de uma realidade competir com a outra. Ambas se completam na medida que são muito bem administradas.

O mundo físico vai incorporando o digital, dentro das rotinas diárias, sendo sempre o responsável pela hospitalidade que gera a tranquilidade e o bem-estar de quem chega ou por lá convive.

Esta engrenagem cristaliza as ações que permitem estabelecer confiança e diminuir as incertezas dos pacientes.

Tudo isso requer treinamento contínuo e incansável.

Treinar no fluxo digital requer repetição para desenvolver as habilidades e entender as dinâmicas.

Treinar a equipa requer compreensão para aceitar pessoas diferentes, com comportamentos diferentes. Pessoas que necessitam de estímulos para perceberem a importância de cuidar de outras pessoas.

Esta parte exige mais dos líderes, a complexidade envolvida é muito maior. As respostas nem sempre são as esperadas.

Uma consideração que julgo importante: deve existir uma frequência de encontros que permitam debates, opiniões e trocas de experiências.

Toda a equipa deve ser envolvida ou, caso contrário, teremos indivíduos que ficarão alienados ao sistema. Efeito indesejado que arriscaria o propósito de integração e por conseguinte o equilíbrio Phygital.

Até à próxima. ■

Celso Orth

\*Graduado em Medicina Dentária - UFRGS; MBA em Gestão Empresarial - Fundação Getulio Vargas; Educador Físico - IPARS; Membro Fundador da Academia Brasileira de Odontologia Estética; Membro Honorário da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética; Palestrante de Gestão na Prestação de Serviços na área da saúde; Reabilitador que trabalha em tempo integral na Clínica Orth - Rio Grande do Sul - Brasil. **Para enviar questões e solicitar esclarecimentos:** [celsoantonioorth@gmail.com](mailto:celsoantonioorth@gmail.com)

# EXPODENTAL

Salão Internacional de Equipamentos,  
Produtos e Serviços Dentários

Comunidade Convidada:



Promove:



Patrocina:



Tecnologia ao serviço  
dos profissionais

24-26  
Março

2022

Recinto Ferial  
ifema.es





# Go beyond.

MODELO  
**Surgic Pro2 LED**  
CÓDIGO DE PEDIDO  
**Y1004195**  
**4.329€**  
~~6.059€\*~~



MODELO  
**Surgic Pro2**  
CÓDIGO DE PEDIDO  
**Y1004196**  
**3.299€**  
~~4.589€\*~~

## O novo Surgic Pro 2

Operacionalidade, segurança e conectividade sem fios. Os três pontos onde o novo Surgic Pro2 marca a diferença. O sistema cirúrgico da NSK apresenta uma inovação extraordinária. Projetado para oferecer aos profissionais o melhor dispositivo e desfrutar da experiência de trabalho mais eficaz, segura e confortável. Qualquer motivo é bom para escolher o Surgic Pro2: o progresso brilhante, que permite dar um passo adiante.



**1** Operacionalidade melhorada devido ao micromotor motor novo e mais compacto. Centro de gravidade mais perto da cabeça do contra ângulo: mais conforto, menos fadiga.



**2** Display sensível e seguro devido à nova tela plana fácil de limpar. O painel tátil inteligente foi projetado para ser responsivo ao usar luvas cirúrgicas.



**3** Luz LED com cor de alta resolução que permite ver o sangue e as gengivas como se tivessem luz natural e, portanto, proporcionam maior visibilidade durante cada procedimento, gerando um mínimo de calor.



**4** Silêncio e suavidade devido à nova bomba de irrigação, que fornece um fluxo de irrigação constante enquanto se adapta perfeitamente ao design compacto do dispositivo.



**5** Maior precisão de torque. O Sistema de Calibração Avançada AHC da NSK oferece segurança máxima na colocação de implantes.



**6** Precisão e controlo para melhorar as decisões no momento de realizar a carga num implante. Principalmente naqueles tratamentos de carga imediata ou pacientes de alto risco.



**7** Conexão sem fios com vários dispositivos, como o VarioSurg3, o Osseo100+, o pedal de controlo sem fio e o iPad, para melhorar significativamente o alcance dos tratamentos cirúrgicos.



**8** Pedal de controlo sem fio, 400g mais leve que o modelo anterior. Com as funções de seleção de fluxo de irrigação, seleção de programa, direção de rotação e velocidade de rotação. Além disso, o pedal pode ser personalizado ao gosto de cada profissional.